

MITEN SINÄ HOITAISIT

Miten sinä hoitaisit -palsta esittelee klinisen tapauksen, jota lukijat voivat kommentoida Fimnetin keskustelutaululla www.fimnet.fi. Poimintoja keskustelusta esitetään tapauksen ratkaisuosassa.

Työryhmä: Nina Kaseva, Mikael Kuitunen, Mika Laitinen, Anneli Lauhio, Jarkko Suomela

Laihtunut nuori

– tapauksen ratkaisu

15-vuotias nuori tuli lastenlääkärin vastaanotolle somaattiseen arvioon painon pudottua 8 kg edeltäneiden 8 kuukauden aikana.

Tyttö oli vähentänyt syömistään ja karsinut ruokavaliosta herkut. Hän oksenteli ainakin joka toinen päivä. Ahmintaa oli ilmennyt keran. Kuukautiskierto oli vielä säännöllinen.

Koulussa nuori ei jaksanut keskittyä entiseen tapaan ja 10:n keskiarvo oli laskenut 8:aan. Mm. syömiset, painon tarkkailu ja oman kehon näkeminen aiheuttivat ahdistusta. Viiltelyn hän oli lopettanut. Päihteitä hän ei käyttänyt.

Verkosta poimittua

Verkkolääkäri osui heti oikeaan: "Anoreksiaa taitaa pukata". Erotusdiagnostiikka mielessä pitäen tuli myös muita ehdotuksia: "Johtuuko oksentelu bulimiasta vai onko siihen ehkä jokin orgaaninen syy kuten maha täynnä hiuksia?"

Maininta viiltelyn lopettamisesta herätti kollegan huolen psyyken tuen tarpeesta "jo se että on ollut viiltelyä antaa perusteet sondeerata psyykkistä tilannetta". Lisäksi toivottiin endokrinologian tarkempaa kartoittamista ajatellen lisämunuaisen ja kilpirauhasen toimintaa.

Myös tarkempia kasvutietoja kaivattiin "Entä kasvukäppyrät? Tapahtuuko käyrän nyrjähtämistä jossakin kohdassa?"

Potilaan jatkovaiheet

Potilaalle tehtiin alkuvaiheen somaattiset selvittelyt, joissa suljettiin pois tahontota laihtumista aiheuttavia tiloja. Laboratoriokokeissa todettiin laihuuksihäiriölle tyypilliset löydökset: hieman matala leukosyyttitaso 3,1 E9/l (viitealue 3,3–8,2 E9/l) ja glukoosiarvo 4,0 mmol/l (viitealue 4,2–6,0 mmol/l). Amylaasitaso nousee yleensä oksenteluun liittyen, ja potilaamme normaalin tuloksen voi selittää laaja viitealue (25–120 U/l) tai lyhyt tauko oksentelussa. Natriumarvo oli juuri viitealueen alapuolella 136 mmol/l (137–145 mmol/l), ja potilas itse kertoi oksentaneensa lähes päivittäin. Muuta poikkeavaa tuloksissa ei löytynyt. Myöskään sydänfilmissä ei todettu poikkeavaa.

Diagnoosiksi varmistui epätyypillinen laihuuksihäiriö (taulukot). Hoito toteutettiin syömishäiriöiden hoitoon erikoistuneen keskuksen moniammatillisen tiimin säännöllisessä seurannassa ja ohjauksessa ja lastenlääkärin seurannassa.

Potilaan syömishäiriön oireet voimistuivat. Tehostetuilla tukitapaamisilla pärjättiin kuitenkin enimmäkseen avohoidolla ja välillä toteutettiin suunnitellusti hoitajaksoja päiväpotilaana. Oireiden ilmaantumisen jälkeen etenkin ensimmäisen vuosi oli vaikea. Paino putoasi vielä 5 kg, mutta pysyi kuitenkin nor-

maalialueella (ISO-BMI matalimmillaan 18,3 kg/m², viite 17–25 kg/m²). Myös pituuskasvu pysähtyi vuodeksi.

Oksentelua oli ajoittain jopa useita kertoja päivässä, ja käyttöön otettiin täydennysravintovalmiste (1 dl Nutridrink jokaisen oksentamisen jälkeen). Pakko liikuntaa, kuten hyppimistä ja liikkuamista ilmeni paljon ennen ja jälkeen syömisestä.

Potilas tapasi säännöllisesti syömishäiriöihin perehtynyttä omahoitajaa sekä tarpeen mukaan ravitsemusterapeuttia, fysioterapeuttia ja psykiatria. Vanhemmat olivat aktiivisessa roolissa. He tukivat nuorta ja vahtivat niin syömistä toteutumisia kuin wc-käyntejä tunnin ajan syömisestä jälkeen. Toinen vanhemmista kävi koulussa varmistamassa, että koululounas tuli syöttyä.

Painon putoamisen myötä ilmaantui sydämen tykyttelyä. Nuori säikähti huonoa oloaan, havahtui tilanteen vakavuuteen ja löysi toipumisen tahdon. Kuten usein laihuuksihäiriössä, hoitomotivaatio on ollut vaihtelevaa.

Kahden vuoden kuluttua ensitapaamisesta ISO-BMI oli 20,8 kg/m² eikä



Adobe/ACF

oksentelua ollut ilmennyt viimeisimmän päiväpotilashoitajakson jälkeen, 6 kuukauteen. Potilaalla on lupa liikkua 3 kertaa viikossa. Tukitoimet ja seuranta jatkuvat.

Lastenlääkäriin kommentit

Laihuushäiriö on psykiatrinen sairaus, johon liittyvä painonlasku on itse aiheutettua (1). Toipuminen vaatii siis mielen hoitoa. Mieli ei ole vastaanottavainen hoidolle potilaan ollessa vaikeasti aliravittu, joten tavoitteena on ensin korjata vaikea aliravitsemus. Sen jälkeen psyyken tuella ja terapialla on paremmat mahdollisuudet.

Laihuushäiriöön liittyvä aliravitsemustila aiheuttaa vaihtelevia somaattisia oireita. Hiustenlähtö, palelemisherkkyys, ummetus ja suolieroit, ortostaattinen hypotensio ja rytmihäiriötuntemukset ovat yleisiä. Kuten tässäkin tapauksessa, potilaalla ilmenee usein pakkoliikuntaa ja oksentelua. Osalla potilaista ilmenee nesteenpoistolääkkeiden tai laksatiivien väärinkäyttöä.

Aliravitsemustila johtaa kehossa energiankulutusta säästäviin muutoksiin: syke hidastuu, verenpaine laskee, ääreisverenkierto heikkenee, luuston aineenvaihdunnan poikkeavuudet pienentävät luuntiheyttä ja lukuisat hormonaaliset muutokset hidastavat perusaineenvaihduntaa (2). Kuolemanvaara on lisääntynyt.

Laihuushäiriöön liittyvä hypotalaamien hypogonadismi aiheuttaa hypogonadismia, epäsäännöllisiä kuukautisia, amenorreaa ja lapsettomuutta. Nuorilla murrosiän kehitys viivästyy ja pituuskasvu tahtuu. Lisäksi ilmenee kilpirauhas-hormoniarvojen laskua, kasvuhormoniresistenssiä ja hyperkortisolismia.

Laihuushäiriöön liittyy siis runsaasti endokriinisiä poikkeavuuksia (2). Painon normalisoituminen korjaa muutokset, usein 6–12 kuukauden viiveellä.

Somaattiseen seurantaan kuuluvat potilaan huolellinen tutkiminen, mukaan lukien pituus, paino ja verenpaineen mittaaminen. Lisätutkimuksia, kuten verikokeita, sydänfilmiä tai luustontihäyttyä, tehdään voiminnan ja tilanteen mukaan. Tähän vaikuttavat mm. aliravitsemuksen aste, syke, paino, oksentelu, pakkoliikunta, muut sairaudet, kuukautiskierto tai lääkkeiden väärinkäyttö.

Psykologin kommentit

Nuoren, juuri sairastuneen syömishäiriöpotilaan hoidossa somaattisen tilan sekä syömiskäyttäytymisen korjaaminen on keskeistä. Aluksi on hyvä selvittää, millaista potilaan syömiskäyttäytymistä on sekä mitä ja kuinka paljon hän tarkalleen syö. Tässä hyvä apuväline on ruokapäiväkirja. Potilas voi ottaa päivän kai-

kista aterioista kuvat, jotka voidaan katsoa yhdessä vastaanotolla.

Syömiskäyttäytymisessä oleellista on, liittyykö syömiseen rituaaleja, kuten ruoan syömistä tietyssä järjestyksessä tai tiettyjen toimintojen toteuttamista ennen tai jälkeen

ruokailun. Myös pakkoliikunnasta on hyvä kysyä, sillä se on erittäin tavallista syömishäiriötä sairastavilla. Se voi ilmetä esimerkiksi lenkkeilynä ja jumppaamisena tai pahimmillaan jatkuvana seisomisena, myös koulutehtäviä tehdessä ja televisiota katsellessa.

Nuorelle on hyvä antaa tietoa siitä, millaista haittaa nälkiintyminen, ahmiminen ja pakkoliikunta aiheuttavat hänen keholleen. Psykoedukaation avulla pyritään auttamaan nuorta ymmärtämään, miksi oireilun lopettaminen mahdollisimman pian on tärkeää ja miten kehosta huolehtiminen auttaa myös henkisessä hyvinvoinnissa. Lievempää syömishäiriötä sairastavat hyötyvät merkittävästi hyvästä psykoedukaatiosta.

Nuoren kanssa yhdessä laaditaan suunnitelma siitä, kuinka painoa ja syömistä ryhdytään normalisoimaan. Ate-

Potilaan SCOFF-syömishäiriöseula

(S = sick, C = control, O = one stone, F = fat, F = food)

- 1) Yritätkö oksentaa, jos tunnet olevasi epämielystävän kylläinen? V: kyllä
- 2) Huolestuttaako sinua ajatus, ettet pysty enää hallitsemaan syömisestä määrää? V: kyllä
- 3) Oletko laihtunut yli kuusi kiloa viimeksi kuluneiden kolmen kuukauden aikana? V: kyllä
- 4) Uskotko olevasi lihava, vaikka olisitkin muiden mielestä laiha? V: koen olevani vähän ylipainoinen
- 5) Hallitseeko ruoka tai ruoan ajattelu elämääsi? V: jonkin verran

Tulkinta: 2 kyllä-vastausta herättää epäilyn syömishäiriöstä. Kasvukäisillä kohdan 3 sijaan kasvun taantumista tai pysähtymistä on syytä arvioida kasvukäyriltä.

*Kuten usein
laihuushäiriössä,
hoitomotivaatio
on ollut
vaihtelevaa.*

riasuunnitelma on tässä erinomainen työkalu. Sen voi laatia esimerkiksi käyttämällä apuna ravitsemusterapeuttien materiaalia (3). Potilaan voi myös ohjata ravitsemusterapeutin vastaanotolle yksilöllisen suunnitelman laatimiseksi.

On hyvä keskustella potilaan kanssa siitä, että paino on saatava normalisoitumaan mahdollisimman pian. Tukena toimivat viikoittaiset tapaamiset, joiden aikana potilas punnitaan ja käydään läpi, kuinka ateriasuunnitelman noudattaminen on onnistunut. Usein potilaille on helpompaa muuttaa syömiskäyttäytymistään vähitellen, joten ateriasuunnitelmaa voi käyttää ohjenuorana ja tavoitteena, jota kohti pyritään potilaalle mahdollisin askelin.

Samalla kun lähdetään liikkeelle syömisen ja somaattisen tilan korjaamisesta, on tärkeää pysyä valppaana myös sille, kuinka hyvin potilas pystyy toteuttamaan hoitavan henkilön antamia neuvoja. Juuri sairastunut nuori, jolla ei ole vaikeaa psykopatologiaa sairauden taustalla, hyötyy usein ateriasuunnitelmasta, viikoittaisesta painonseurannasta ja syömishäiriöön liittyvästä psykoedukaatiosta. Jos kuitenkin näyttää siltä, että korjaantuminen ei käynnisty viimeistään 3–4 viikon kuluttua, on hyvä miettiä psyykkisen tuen lisäämistä hoidon osaksi.

Laihuushäiriön (anorexia nervosa, F50.0) diagnostiset kriteerit (ICD-10)

Taulukko pohjautuu syömishäiriöiden Käypä hoito -suositusten vastaavaan taulukkoon (2).

- Potilaan paino on vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai BMI on korkeintaan 17,5 kg/m² (16 vuoden iästä lähtien). Esimurrosikäisten potilaiden paino saattaa kasvun aikana jäädä pituuden mukaisesta keskipainosta ilman, että paino varsinaisesti laskee. Vanhemmilla potilailla tulee tapahtua painon laskua.
- Painon lasku on aiheutettu itse välttämällä "lihottavia" ruokia. Lisäksi saattaa esiintyä liiallista liikuntaa, itse aiheutettua oksentelua sekä ulostuslääkkeiden, nestettä poistavien tai ruokahalua hillitsevien lääkkeiden käyttöä.
- Potilas on mielestään liian lihava ja pelkää lihomista. Kyseessä on ruumiinkuvan vääristymä. Potilas asettaa itselleen alhaisen painotavoitteen.
- Todetaan laaja-alainen hypotalamus-aivolisäke-sukupuolirauhasakselin endokriininen häiriö, joka ilmenee naisilla kuukautisten puuttumisena ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkenemisenä. Jos häiriö alkaa ennen murrosikää, kasvu ja murrosiän fyysiset muutokset viivästyvät tai pysähtyvät. Potilaan toipuessa murrosiän kehitys jatkuu usein normaalisti, mutta tavallista myöhempään. Lisäksi kasvuhormonin ja kortisolin pitoisuudet saattavat olla suurentuneet, kilpirauhashormonin aineenvaihdunta elimistössä saattaa olla muuttunut ja insuliinieritys voi olla poikkeavaa.
- Ahmishäiriön kriteerit A ja B eivät täyty.

Epätyypillisessä laihuushäiriössä (F50.1): Potilaalla on tyypillisiä laihuushäiriön oireita, mutta jokin tai jotkin diagnostisista kriteereistä (avainoireista) puuttuvat tai avainoireet esiintyvät lieväasteisina. Diagnoosia ei käytetä, jos potilaalla on kuvattuja oireita aiheuttava ruumiillinen häiriö.

Syömishäiriöihin liittyy tavallisesti ahdistusoireita, joiden voimakkuus vaihtelee sairauden vakavuuden mukaan ja myös yksilöllisesti. Osalla potilaista ahdistusoireet ovat lieviä ja he pystyvät melko itsenäisesti säätelemään oloaan niin, että syömisen normalisointuminen onnistuu kevyen seurannan varassa. Tällöin viikoittainen punnitus ja ruokavalio-ohjaus sekä psykoedukatio riittävät tavallisesti kääntämään tilanteen parempaan suuntaan. Toisilla potilailla puolestaan ahdistusoireet ovat niin voimakkaita, että heidän toimintakykynsä heikkenee sen seurauksena

merkittävästi eivätkä he pysty itsenäisesti ottamaan käyttöön muita säätelykeinoja kuin oireilun. Nämä potilaat tarvitsevat syömishäiriöoireista luopumisen ja ahdistuksen tueksi mielellään viikoittaista psyykkistä tukea, jossa hoito suunnataan ahdistuksen sietämisen opetteluun ilman oireilua. Tässäkin on suuria yksilöllisiä eroja: osa potilaista omaksuu uudet keinot helposti ja sujuvasti, osa tarvitsee jopa pitkää psykoterapiaa.

Vakavaa syömishäiriötä sairastavalle ei tavallisesti tarjota esimerkiksi Kelan tukemaa psykoterapiaa, koska ajatellaan, että he eivät ole psyykkisesti kykeneviä psykoterapeuttiseen työskentelyyn. Käytännössä syömishäiriötä sairastavat kuitenkin hyötyvät heidän oireistoonsa räätälöidystä psykoterapeuttisesta työskentelystä silloin, kun oireista luopuminen ei ole mahdollista kevyen seurannan tuella. Kyseessä on psyykinen sairaus, joten psyyken hoitamisen tarkeys on hyvä pitää mielessä hoitoa suunniteltaessa.

Psykiatrin kommentit

Valtaosa syömishäiriöpotilaista on tyttöjä tai naisia ja sairaus puhkeaa usein 13–18 vuoden iässä. Anorexia nervosaan eli laihuushäiriöön liittyy aliravitsemustilan lisäksi vääristynyt kehonkuva ja lihomisen pelko. Laihuushäiriön endokriiniset muutokset ovat yhteydessä ahdistuneisuus- ja masennusoireisiin.

Hoidon alussa on tärkeää arvioida potilaan sairaudentuntoa. Kuinka hyvin hän mieltää kärsivänsä psyykkisistä oireista? Tiedostaako hän, että hänellä on syömishäiriö? Mikäli sairaudentuntoa ei juuri ole, psykoedukatio toimii huonommin.

Syömishäiriöistä kärsivillä potilailla on usein voimakas oman mielen kontrollin tarve. Negatiivisia tunteita voi olla vaikeaa sietää, ne käännetään sisään-päin. Potilaat ovat usein kovia suorittajia, ja rentoutuminen on vaikeaa. Heillä ilmenee ajatuksia, että ruokaa pitää ansaita, muuten ei ole lupa syödä. Potilaan voi olla vaikea luopua jostakin, joka an-

taa helpotusta ahdistukseen, liittyen esimerkiksi kehoahdistukseen tai ulkonäköpaineisiin.

Arki ja elämä saattavat tuntua tässä elämänvaiheessa kaoottiselta. Se mitä itse syö, on asia, jota voi hallita ja kontrolloida. Sairastumisvaiheessa potilas ei yleensä itse tiedosta turvautuvansa syömishäiriöoireisiin pärjätäkseen ahdistuksensa kanssa. Alkuvaiheessa on tärkeää arvioida potilaan oirekuvaa myös sen suhteen, onko mukana pakko-oireita, kuten pakkoajatuksia tai -toimintoja. Nämä kärjistyvät usein kun aliravitsemustila pahenee.

Viiltelyä saattaa esiintyä syömishäiriöpotilaalla keinona saada ahdistukseen helpotusta. Se ei siis tässä tilanteessa välttämättä ensisijaisesti liity itsetuhoisuuteen.

Hoidon on tärkeää olla riittävän kokonaisvaltaista. Potilas voi joskus saada ahdistukseensa helpotusta mielialalääkkeestä, usein SSRI-valmisteesta. Tämä voi myös vähentää tarvetta oksentaa. Tässä tapauksessa potilaalla ilmeni voimakasta ahdistuneisuutta, johon aloitettiin puolen vuoden seurannan jälkeen fluoksetiini 10 mg x 1, ja annosta suurennettiin 20 mg:aan x 1. Masennusta ei todettu. Syömiseen liittyvä ahdistus jatkui voimakkaana joten myöhemmin hoitoon lisättiin tarvittaessa otettava ketiapiini (25 mg ¼ tabletti). Hoito jatkuu toistaiseksi. ●

PIA CHARPENTIER

psykologi, psykoterapeutti, toiminnanjohtaja
Syömishäiriökeskus

STEFAN SCHALIN

psykiatrin erikoislääkäri
Syömishäiriökeskus

NINA KASEVA

LT, lastentautien erikoislääkäri
Pikkujätti lasten ja nuorten lääkäriasema ja
THL, Kansanterveyden edistäminen -yksikkö

KIRJALLISUUTTA

- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistyksen ry:n asettama työryhmä. Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 11.12.2014. www.kaypahoito.fi
- Vehkavaara S, Kivihuhta A, Holopainen E. Anoreksiapotilaan endokriiniset poikkeavuudet. Duodecim 2019;135:1123–30.
- <https://rty.fi/kuvapankki/>